

FACULTE DE MEDECINE

A propos de la Torsion des Annexes Kystiques

(Réactions vaso-motrices utéro-annexielles associées)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 9 Avril 1938

par

Paul GALABRU

Né le 26 Avril 1914, au Bousquet-d'Orb (Hérault)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

MM. LAPEYRE, Professeur, président.
LAUX, Professeur.
COLL DE CARRERA, agrégé.
ROUX, agrégé.

assesseurs

MONTPELLIER

IMPRIMERIE MARI-LAVIT

1, RUE DES SAUVAGES

—
1938

FACULTY OF MEDICINE

A PROPOSED

Annexes Kystidites

25

UNIVERSITY

LIBRARY

1924

A PROPOS DE LA TORSION
DES ANNEXES KYSTIQUES

(Réactions vaso-motrices utéro-annexielles associées)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE DE MEDECINE

A propos de la Torsion des Annexes Kystiques

(Réactions vaso-motrices utéro-annexielles associées)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 9 Avril 1938

par

Paul GALABRU

Né le 26 Avril 1914, au Bousquet-d'Orb (Hérault)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

{	MM. LAPEYRE, Professeur, président.
	LAUX, Professeur.
	COLL DE CARRERA, agrégé.
	ROUX, agrégé.

} *assesseurs*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE MARI-LAVIT

1, RUE DES SAUVAGES

1938

PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie	MM. J. DELMAS
Histologie	TURCHINI
Physiologie	L. HEDON
Chimie biologique et médicale	CRISTOL
Physique médicale	PECH
Anatomie pathologique	GRYNFELT
Microbiologie	LISBONNE,
Pathologie et thérapeutique générales	PAGES
Thérapeutique et matière médicale	BOUDET
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH
Hygiène	CARRIEU
Médecine légale et médecine sociale	VIDAL
Pathologie médicale et clinique propédeutique	BOULET
Clinique médicale	GIRAUD
Clinique chirurgicale	RIMBAUD
Clinique obstétricale	MASSABUAU
Clinique des maladies mentales et nerveuses	RICHE
Clin. des mal. des enfants et hyg. du premier âge	P. DELMAS
Clinique de dermatosyphiligraphie	EUZIERE, doyen
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LEENHARDT
Clinique des maladies des voies urinaires	MARGAROT
Clinique gynécologique	ETIENNE
Clinique ophtalmologique	JEANBRAU
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LAPEYRE
Radiologie (Ch. de c.)	N
Anatomie (Ch. de c.)	TERRACOL
Histologie (Ch. de c.)	LAMARQUE
	LAUX
	GRANEL

Honorariat

Professeurs honoraires :

MM. RODET, TEDENAT, VALLOIS
FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS GALAVIELLE
BOSC, VILLARD, VIRES, CABANNES

Chargés de Cours Complémentaires

Histoire Naturelle Médicale	HARANT, Dr
Pathologie médicale et Clinique propédeutique médicale	BAUMEL, agr.
Clinique propédeutique médicale	P. RIMBAUD, agr.
Clinique des maladies contagieuses	JANBON, agr.
Clinique physiologique	BOUDET, prof.
Pathologie expérimentale	GUIBAL, agr.
Pathologie externe	MOURGUE-MOLINES, agr.
Médecine opératoire	SOUBEIRAN, ag. libre
Accouchements	COLL DE CARRIE, ag. libre
Ophtalmologie	DEJEAN, ag.
Stomatologie	Dr WATON

Agrégés en exercice

Bactériologie	CARRERE
Médecine	JANBON
	BAUMEL
	P. RIMBAUD
	LAFON, ch. d'agr.
	BOUCOMONT, ch. d'agr.
Chirurgie	MM. AIMES
	MOURGUE-MOLINES
	GUIBAL
	ROUX
Ophtalmologie	DEJEAN

Examinateurs de la Thèse

MM. LAPEYRE, Prof. président	MM. COLL DE CARRERA, Agrégé
LAUX, Professeur	ROUX, Agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation



A MA MÈRE

*Pour le dévouement infini et le très
grand amour maternel qu'elle n'a
jamais cessé de me manifester.*

*Bien faible témoignage de ma pro-
fonde affection filiale.*

A MON PÈRE

*Qui non seulement a été pour moi
le meilleur des pères, mais encore le
plus cher des amis.*

*Que ce modeste travail soit une
marque de ma très grande affection et
puisse lui rendre un peu de bonheur
qu'il m'a toujours donné.*

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR N. C. LAPEYRE

Professeur de Clinique Gynécologique
à la Faculté de Médecine de Montpellier

Chevalier de la Légion d'Honneur

*A qui je dois une très grande partie
de mes connaissances cliniques, qui
m'a inspiré ce travail et m'a fait le
grand honneur d'en accepter la
Présidence.*

*En témoignage de ma profonde
gratitude.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR G. LAUX

*A la science duquel j'ai fait de
nombreux emprunts - En témoignage
de ma respectueuse reconnaissance.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ
COLL DE CARRERA

Hommage très respectueux.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ROUX

Chevalier de la Légion d'Honneur

*Pour l'honneur qu'il m'a fait en
acceptant de faire partie de mon jury
de thèse.*

A TOUS MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

AUX MÉDECINS ET CHIRURGIENS
DE L'HOPITAL DE MONACO

MONSIEUR LE DOCTEUR SIMON

*C'est dans son service que j'ai
acquis le meilleur de ma pratique
médicale. Qu'il trouve ici une marque
de ma très grande reconnaissance.*

MONSIEUR LE DOCTEUR GIBELLI

MONSIEUR LE DOCTEUR CAILLAUD

MONSIEUR LE DOCTEUR DRUGMAN

MONSIEUR LE DOCTEUR ALEXANDRE

A TOUS MES COLLEGUES D'INTERNAT

MONSIEUR LE DOCTEUR CAMPORA

MONSIEUR LE DOCTEUR TAJAN

MONSIEUR LE DOCTEUR BONALD

MONSIEUR LE DOCTEUR CHOURAQUI

MONSIEUR LE DOCTEUR CAUMES

MONSIEUR LE DOCTEUR IMPÉRTI

MONSIEUR LE DOCTEUR CHAPERT

INTRODUCTION

La question des torsions annexielles est actuellement bien connue. La première description remonte à près d'un siècle, faite en 1842 par Rokitanski, il s'agissait d'une torsion de kyste ovarien. La description du volvulus des annexes est plus récente, faite en 1892 par Bland Sutton. Depuis lors, de multiples travaux ont peu à peu contribué à fixer l'étiologie, la pathogénie, la symptomatologie de cette affection.

Nous ne nous proposons pas de révolutionner une question désormais classique, mais deux cas particulièrement intéressants ont incité M. le Professeur Lapeyre à nous les proposer comme sujet de notre thèse inaugurale.

On pourra nous reprocher d'étudier simultanément une torsion de kyste de l'ovaire et une torsion d'hydrosalpinx; nous répondrons chemin faisant à ce reproche en montrant que dans ces cas particuliers, il est injustifié.

Quel sera le plan de notre travail ?

Après un exposé détaillé de ces deux observations le problème clinique attirera d'abord notre attention; la similitude des cas nous permettra de les étudier simulta-

nément tant au point de vue clinique qu'au point de vue épreuves de laboratoire. Nous envisagerons ensuite le problème pathogénique en nous efforçant de trouver une explication aux lésions anatomiques constatées à l'intervention, mise à part les lésions habituelles concernant les annexes.

Nous serons ainsi amenés à formuler des conclusions tant au point de vue clinique qu'au point de vue pathogénique.

PREMIERE PARTIE

Observations

OBSERVATION I.

O. A, épouse C..., 33 ans.

Entre dans le service le 3 décembre 1937, pour grossesse extra-utérine rompue.

Antécédents généraux: syphilis traitée depuis 1923.

Antécédents gynécologiques: réglée à 15 ans, depuis très régulièrement, durant 3 jours. Règles abondantes. Pas de douleurs. Pertes blanches au moment de l'intermenstrum.

— Rapports non douloureux.

— Deux avortements provoqués il y a 4 ans et il y a 2 ans.

Histoire de la maladie: Cette malade qui se portait parfaitement bien jusqu'alors a présenté quelques troubles ayant fait penser un moment à une grossesse à partir du mois d'octobre. Les dernières règles normales remontent au 17 octobre 1937. Depuis vomissements faciles, picotements dans les seins, douleurs des chevilles.

Le 2 décembre survient spontanément une crise de dou-

leurs dans la fosse iliaque gauche, très violentes, à type de crampes, s'irradiant à l'hypogastre, ces douleurs reviennent très fréquemment avec des intervalles de sédation très courts.

Le 3 les douleurs diminuent un peu, la malade entre dans le service.

Le 4 les douleurs sont moins vives à gauche mais s'étendent à droite et dans le bas ventre. Elles augmentent dans la position assise.

En outre :

Pollakiurie, dysurie, pertes blanches.

Constipation opiniâtre depuis deux jours.

Examen: Ventre plat, sauf dans la région de la fosse iliaque droite où l'on semble percevoir une certaine résistance. Il respire bien néanmoins.

Toucher vaginal: gros col utérin métritique à lèvres éversées.

Corps utérin perçu derrière la symphyse pubienne, sensible, paraissant légèrement augmenté de volume.

Le Douglas et le cul de sac gauche sont remplis par une masse rénitente du volume du poing qui comble l'excavation et se continue même un peu jusque dans le cul de sac droit. Cette masse est très douloureuse.

La malade est laissée au lit, immobile, la glace sur l'abdomen, la température est à 37°9, le pouls à 108, la T. A. à 11,5 — 7.

On pense à une hématoécèle par rupture tubaire ou à une torsion du kyste de l'ovaire.

Le 5 décembre: Ponction de Douglas au trocart de Douay.

La ponction ramène facilement un liquide séreux dont la formule ultérieurement recherchée est la suivante :

albumine: 15 p. 1000,
chlorure: 6,30 p. 1000,
ni pus ni germes,
culture négative.

Les manifestations pelviennes perçues au toucher n'ayant pas diminué, malgré la cessation des douleurs on décide d'intervenir.

Le 8 décembre: Intervention.

Rachiasthénie: scurocaïne 12 cgr, 4° lombaire après Sedol et 6 cgr. d'éphédrine, parfaite.

Laparotomie sous-ombilicale médiane:

Pas de sang libre dans la grande cavité péritonéale. L'utérus apparaît très rouge, notablement élargi, et augmenté de volume, donnant l'impression d'un utérus gravide de 2 mois.

La main s'insinuant dans le Douglas tombe immédiatement sur une masse kystique qui occupe aussi la moitié gauche de l'excavation qu'il est relativement facile d'isoler et d'extérioriser de la cavité pelvienne. Cette masse de couleur violacée, du volume d'une aubergine, se rattache au ligament large gauche par un pédicule qui est le siège d'une torsion: trois tours dans le sens des aiguilles d'une montre. Après détorsion on constate que seule la trompe est tordue à l'union de son 1/3 externe, kystique, dilaté, et de ses 2/3 internes qui sont normaux sur 4 cm. (jusqu'à l'implantation utérine). L'ovaire n'a pas participé à la torsion mais il est scléro-kystique, un peu volumineux.

Les annexes droites sont alors examinées; elles présentent une masse kystique logée dans la moitié droite de l'excavation, du volume d'un gros œuf de poule, partiellement vidée par une déchirure de la paroi. L'examen montre qu'il s'agit vraisemblablement d'un kyste folliculaire

de l'ovaire droit vidé probablement par la ponction du Douglas.

La trompe est absolument saine mais hypertrophiée et allongée parallèlement à la masse kystique.

On procède alors :

1°) à une salpingotomie gauche, en réséquant la trompe au dos de son méso; on sectionne au thermocautère l'extrémité interne; l'hémostase est difficile la malade saignant beaucoup;

2°) à une ovariectomie droite, l'ovaire est excisé après pincement de son méso, que l'on suture par un point en chaîne.

Tout le péritoine pelvien et les appendices épiploïques sont très congestionnés et saignent en nappe. Néanmoins après compression l'hémostase est satisfaisante et on peut fermer en 3 plans sans drainage.

Le 9 et 10 décembre: Petites pertes rouges, pas de douleurs, on pense à la possibilité d'un avortement, l'utérus ayant paru gravide à l'intervention. Toutefois le 16 on enlève les agrafes. Cicatrice solide. Indolore.

Le pouls et la température sont normaux.

Le 20 décembre: on décide de faire une réaction de Friedmann-Bouha, pour contrôler la possibilité d'une grossesse. La réaction est franchement négative. La malade n'est pas enceinte.

Du reste on constate au toucher que l'utérus a presque repris son volume normal.

Elle sort du service complètement guérie le 23 décembre 1937.

Pour être complets, signalons que tous les examens de laboratoire pratiqués étaient normaux.

L'examen des pièces anatomiques prélevées à l'intervention montre qu'il s'agit à gauche d'une dilatation kys-

tique de la trompe dont le contenu est franchement hémattique.

Le kyste prélevé du côté droit est un kyste folliculaire. L'ovaire présente un processus d'ovarite scléro-kystique (Dr Guibert).

OBSERVATION II.

G. A..., 20 ans.

Entre dans le service le 1^{er} janvier 1938 pour bacillose génitale aiguë.

— Aucun antécédent pathologique.

— Réglée à 11 ans, depuis très régulièrement tous les 28 jours, durant 3 ou 4 jours. Douleurs le premier jour, règles peu abondantes, pas de pertes blanches. La malade nie tout rapports sexuels.

Histoire de la maladie: Les dernières règles de la malade remontent au 16 novembre 1937. En décembre pas de règles, aucun symptôme anormal jusqu'au 29 décembre. A cette date apparition subite d'une crise de douleurs très vives dans la fosse iliaque gauche, continues, avec vomissements, pas de fièvre. Une injection de morphine calme ces douleurs jusqu'au 31 où les douleurs reprennent, s'étendent à tout le pelvis. Pas de vomissements; arrêt des matières et des gaz. Pouls à 100, T° à 38°5.

Les douleurs s'exagèrent le 1-1-38, la malade entre dans le service.

Examen: Ventre plat dans l'ensemble, cependant il existe une légère voussure dans la région hypogastrique. Après sondage on perçoit dans la région sus-pubienne une

résistance profonde, élastique, une sorte de masse rémittente qui remonterait à 4 travers de doigt au-dessus de la symphyse.

Toucher vaginal: (unidigital).

Col conique, petit, regardant en avant, non ramolli.

Cul de sac antérieur: comblé par une masse mollassse du volume du poing, élargie transversalement qui bombe fortement et dont les limites restent imprécises, sauf du côté gauche où elle paraîtrait plus consistante. Il est impossible de se rendre compte du siège du corps utérin que la direction du col semblerait localiser en arrière; le cul de sac postérieur ne paraît ni empâté ni douloureux, à droite on perçoit les annexes, augmentées de volume.

Toucher rectal: le doigt repère le col utérin et sent en arrière et à gauche, une masse de consistance inégale, plus dure dans la partie gauche, dont on ne peut atteindre la limite supérieure.

Malgré les allégations de la malade on pense à la probabilité d'une grossesse extra-utérine et on pratique séance tenante une réaction de Friedmann-Brouha, l'état de la malade ne paraissant pas justiciable d'une opération d'urgence. Cette réaction est négative, on se rallie au diagnostic de torsion du kyste de l'ovaire gauche.

Intervention: le 5 janvier 1938.

Rachianesthésie: scurocaïne 12 cgr., après Sedol et Ephedrine 6 cgr. Excellente.

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Dès l'ouverture du péritoine, une masse de coloration blentée apparaît, occupant la région sus-pubienne, ayant toutes les apparences d'un kyste ovarique du volume des deux poings, dont le contenu vu par transparence est hématisé.

La main s'insinue dans le Douglas et on constate qu'il s'agit d'un kyste de l'ovaire gauche dont le pédicule est tordu; la poche se rompt dès qu'on veut l'extérioriser, il s'écoule alors environ 250 cc de liquide séro-hématique; il contient une masse de caillots assez importante. La détorsion montre que la torsion est de 1 tour et 1/2 dans le sens des aiguilles d'une montre, et qu'elle siège assez près de l'utérus, la trompe ayant participé à la plicature du pédicule. On resèque ces annexes entre 2 pinces, suture en chaîne des ligaments larges.

— L'utérus est normal comme volume, plutôt petit, et très congestionné.

— L'examen des annexes droits montre une trompe succulente, rouge foncée atteignant à son extrémité le volume du pouce, les franges du pavillon sont très œdématisées, en ectropion.

Le péritoine est très fragile, il se déchire facilement.

L'ovaire est très congestionné, de couleur rosée, il est augmenté de volume, ayant 6 à 7 cm. de long sur 5 cm. de large, paraissant kystique quoique sa consistance soit molle. On a l'impression qu'il s'agit de troubles circulatoires, vasomoteurs, inflammatoires peut-être, réflexes sûrement, consécutifs à la torsion des annexes gauches. Pour prévenir la torsion des annexes droites on décide d'en réduire le volume, en faisant une résection partielle de l'ovaire droit.

On excise donc une tranche ovarique suffisante pour ramener l'ovaire à son volume normal; suture de l'ovaire par des points séparés au catgut fin.

Fermeture de la paroi sans drainage en 4 plans (points séparés supplémentaires sur le tissu celluloux.)

L'examen des pièces montre qu'il s'agit d'une kyste

mucoïde de l'ovaire gauche, bourré de caillots, dont la paroi est friable et très amincie par endroits.

La trompe et les parois du kyste sont distendues par un œdème inflammatoire considérable. Turgescence angiomateuse des vaisseaux sanguins de la paroi du kyste et des villosités épithéliales de la trompe.

Le fragment d'ovaire droit prélevé présente un processus d'ovarite scléro-kystique avec dilatation importante des capillaires et œdème inflammatoire interstitiel.

La malade sort guérie le 2 février 1938.

DEUXIEME PARTIE

Le point de vue Clinique

A) TABLEAU GENERAL DES TORSIONS ANNEXIELLES

Une brève revue générale s'impose avant d'entrer dans la discussion des points de détails qui nous intéressent spécialement.

Le même tableau général s'adresse aux kystes et aux collections salpingiennes. En effet, quoique pour des raisons d'ordre pédagogiques on trace dans les ouvrages classiques deux tableaux différents, l'aspect clinique est en définitive très voisin — Forgues et Massabuau, J. L. Faure, Mondor après des descriptions séparées concluent que seules des nuances d'examen permettent parfois le diagnostic.

Nous décrivons donc le syndrome général de torsion annexielle en ayant surtout en vue la forme aiguë, la plus intéressante au point de vue clinique et thérapeutique.

a) LES ANTÉCÉDENTS : Tous les auteurs s'accordent à leur donner une réelle importance. Un interrogatoire systé-

matique mettrait en évidence dans 1/3 des cas (Regad) des manifestations douloureuses anciennes. Il s'agirait soit de simples dysménorrhée (mais le symptôme n'est-il pas trop banal), soit de petites crises douloureuses sans rapports avec les règles et pour lesquelles le malade n'a pas consulté. Leur apyrexie, leur caractère éphémère, la latence totale entre les crises font souvent conclure, si le toucher n'est pas fait, à des douleurs d'origine intestinales (la stasé colique a si bon dos ! !).

Parfois les antécédents sont plus anciens, c'est une métrite, une salpingite négligées.

Tous ces accidents chez une malade qui n'est pas suivie jusque là par un médecin, peuvent apporter quelques éléments utiles.

L'interrogatoire peut être plus utile à un autre point de vue, c'est celui où la malade, examinée avant cette complication est connue pour être porteuse d'un kyste de l'ovaire, d'une salpingite kystique. La discussion est alors localisée et un certain nombre d'erreur de diagnostic, éliminées d'emblée.

b) LES SIGNES D'APPEL: 1°) *La Douleur* est le signe majeur, c'est elle qui domine tout le tableau clinique et qui dans une certaine mesure expliquera une partie des signes généraux.

Son apparition est en général brutale, coïncidant rarement avec une crise nettement invocable, traumatisme, menstruation, crise d'appendicite. Le siège est à l'hypogastre et dans une des deux formes iliaques. Il est classique d'admettre qu'elle siège à droite dans plus de 60 % des cas. Mais cette prédominance à droite est-elle aussi frappante que les chiffres le font bien croire ? « Peut-être dit Mondor, à cause de la crainte de l'appendicite grave,

la vérification opératoire est-elle plus sûrement réalisée pour les syndromes douloureux du côté droit ? ». La douleur prend souvent son origine dans la région lombaire homologue et s'irradie dans le membre inférieur, en particulier dans le domaine de l'obturateur, pli de l'aîne et face interne de la cuisse.

Les malades la comparent en général à des crises de colique d'une extrême violence avec leurs sédations et leurs paroxysmes.

Enfin les calmants habituels sont inefficaces, seule la morphine les atténue notablement.

2°) *L'Etat de Shock*: Moins constant que la douleur cet état de shock est néanmoins un excellent symptôme. Il se traduit par un abattement, une diminution des réactions, parfois au contraire par une agitation impressionnante. Ce qui lui donne son caractère, c'est l'opposition qui existe entre l'impression de gravité qu'il dégage avec cette tachycardie, cette petitesse du pouls qui fait penser à l'hémorragie interne, et l'apyrexie habituelle.

Cette apyrexie est discutée, et beaucoup admettent qu'on ne la retrouve que dans les 2/3 des cas. Elle paraît pourtant presque de règle si la malade est vue précocement. Plus tard la résorption sanguine trouble l'équilibre thermique et ce signe perd en bonne partie sa valeur.

3°) *Les troubles réflexes associés*: Ils sont importants à connaître mais plus pour ce qu'ils aident au diagnostic que pour les multiples éléments d'erreur qu'ils apportent.

Les signes digestifs sont parmi les plus fréquents: vomissements, météorisme, arrêt plus ou moins complet des matières et des gaz, autant de signes qui, joints aux

douleurs, à l'apyrexie de la malade, peuvent orienter vers l'occlusion intestinale.

Viennent ensuite les métrorragies, que nous rangeons dans les troubles fonctionnels réflexes, (opinion que nous justifierons plus loin). Mais leur fréquence est discutée; il s'agit de petites pertes rouges peu abondantes se prolongeant 8 ou 10 jours (?) (Regad).

Enfin les troubles urinaires: signes légers de réaction vésicale.

c) LES SIGNES D'EXAMEN: Seuls ils nous permettent d'affirmer parfois, de soupçonner presque toujours le diagnostic exact.

1°) *L'inspection de l'abdomen*: En général pas de contracture à proprement parler, le ventre reste souple, respirant bien, surtout dans sa partie sus-ombilicale.

2°) *La palpation* nous apporte par contre deux signes de valeur:

a) La douleur qui, diffuse, présente, néanmoins, un point localisé où elle est beaucoup plus vive.

b) La perception d'une masse rénitente, d'un empatement molasse qui déborde la symphyse et remonte, occupant la région hypogastrique et l'une des deux fosses iliaques. Cette masse n'est pas la vessie, ainsi qu'un cathétérisme permet de le constater, ce n'est pas non plus une anse intestinale dilatée puisque la percussion y révèle une matité franche.

3°) *Le Toucher*: Le toucher vaginal est le temps principal. Il va compléter et détailler les renseignements fournis par le palper abdominal.

Le symptôme indispensable est l'existence d'une masse

occupant le petit bassin, son volume est variable, en général celui d'un gros poing. Son siège est latéro utérin, comblant et tendant un cul de sac, ou rétro-utérin: le Douglas bombe alors et l'idée d'hématocèle se présente aussitôt à l'esprit.

Le palper vagino-abdominal s'efforce de constater que cette masse est indépendante de l'utérus qu'elle attire ou qu'elle refoule. La consistance est rénitente donnant nettement l'impression d'une poche liquide distendue. La moindre pression sur cette tuméfaction arrache des cris à la malade.

Le contour et la mobilité de la masse sont importants à connaître mais souvent difficiles à juger en raison des adhérences inflammatoires qui rapidement la fixent, formant tout autour une région où le péritoine accole l'intestin, donnant ainsi l'impression d'une masse plus volumineuse et moins mobile qu'elle n'est en réalité.

Un autre élément de diagnostic vient s'ajouter aux signes précédents si l'existence d'une masse annexielle est connue avant la complication: c'est l'augmentation brusque de volume.

« Le signe capital nous dit Mondor, est la perception d'une tumeur, et si elle était déjà connue, son augmentation notable de volume dans des délais très rapides ».

Les signes des torsions annexielles sont donc nombreux. Ils devraient, semble-t-il, permettre le diagnostic dans la majorité des cas, et pourtant les erreurs de diagnostic sont fréquentes. La raison est qu'il existe très souvent des formes frustes et atypiques. Nous allons en discutant les deux observations que nous apportons parler des difficultés présentées par le problème.

B) DISCUSSION DU DIAGNOSTIC

a) *Dans l'observation n° 1*: le diagnostic d'entrée, est celui de grossesse extra-utérine. Quels sont les signes qui ont provoqué cette erreur ? C'est d'abord et surtout le retard des règles. Retard se chiffrant le jour de l'entrée par 20 jours d'aménorrhée totale avec de petites malaises que la malade met sur le compte d'une grossesse, alors qu'une torsion incomplète en était probablement la cause.

Dès lors l'erreur est fatale: apparition chez une femme que l'on croit enceinte, d'une crise de douleurs très violentes dans la fosse iliaque gauche; présence d'une masse très douloureuse comblant le Douglas et le cul de sac gauche, mal délimitée, avec un pouls rapide et pas de fièvre. Le diagnostic d'hématocèle rétro-utérine par rupture tubaire s'imposait. Il manquait certes les pertes irrégulières de la grossesse ectopique, mais n'existent-elles pas fort souvent dans la torsion des annexes ?

Comment le diagnostic clinique a-t-il été redressé ? Par la ponction de Douglas — faite prudemment, au trocart de Douay, en passant au ras de l'insertion vaginale sur l'utérus; elle ne présentait pas de gros dangers et permettait de vérifier l'existence d'une hématocèle. Or, qu'a-t-elle montré ? Un liquide séreux dont la formule chimique est celle d'un transsudat. Éliminant l'hématocèle, on pose alors le diagnostic de torsion d'hydrosalpinx. Le diagnostic de torsion est donc posé, mais si on lit attentivement l'observation, on constate que le contenu de la poche tordue est hématique. Que conclure sinon que l'aiguille a pénétré dans le kyste folliculaire du côté opposé et que l'on a paradoxalement posé un diagnostic exact, grâce à un signe faux !

Il ne restait plus qu'à expliquer le retard de règles; on a pensé à la probabilité d'une grossesse associée, d'autant plus probable que les torsions annexielles sont fréquentes au début des grossesses (Villard).

- Il est regrettable que la réaction de Friedmann-Brouha n'ait été faite qu'après intervention; faite avant, elle aurait permis d'arriver au diagnostic exact: torsion d'hydrosalpinx donc aménorrhée inexpiquée.

b) *Dans l'observation n° 2*, l'histoire clinique est comparable. Ici aussi, retard de règles de 14 jours et crise douloureuse pelvienne avec état de shock et masse occupant le cul de sac antérieur et le cul de sac gauche, sans limites bien précises. Mais redoutant une rupture de grossesse ectopique, on pratique dès l'entrée une réaction de Friedmann-Brouha, instruit que l'on est par les cas précédents. La réaction est négative. Le diagnostic est alors porté exactement: torsion de kyste de l'ovaire gauche.

Essayons de retrouver dans ces deux cas la tétrade symptomatique exposée par Villard dans la thèse de Regad:

1°) Crise douloureuse pelvienne avec agitation et angoisse apparaissant dans le cours ou au voisinage des règles;

2°) Pouls rapide pour une température normale;

3°) Masse latéro-utérine de consistance irrégulière, mobile et extrêmement douloureuse au toucher;

4°) Absence de signes pathognomoniques de la grossesse extra-utérine.

La 4^e partie de la tétrade est infirmée et l'erreur de diagnostic s'explique. Nous allons donc chercher les différents éléments de diagnostic différentiel.

I. — LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

a) *La grossesse extra-utérine*: Tous les auteurs sont d'accord pour mettre ce diagnostic différentiel en première place. Quels signes proposer pour l'établir ?

Le retard de règles s'est retrouvé dans nos deux observations; nous l'avons exceptionnellement retrouvé dans les multiples observations que nous avons parcourues. Peut-être un interrogatoire systématique le mettrait-il plus souvent en évidence qu'il n'apparaît au premier abord

Les métrorragies ? C'est un signe également discutable. Constant dans la grossesse extra-utérine il existe dans 1/3 des cas de torsions.

Les signes physiques ? Le Douglas dans la grossesse extra-utérine rompue est moins tendu, plus douloureux: c'est une sensation de fluctuence très molle, plus diffuse. Si l'on perçoit la trompe gravide elle est souvent isolable de l'hématocèle. Donc les caractères de l'empâtement constituent un bon signe.

Mais pour ce diagnostic deux examens auxquels on a trop peu souvent recours sont d'une aide très efficace: Ce sont la ponction de Douglas et la réaction de Friedmann-Brouha.

La ponction du Douglas au trocart de Douay renseigne très rapidement sur la nature du liquide qui distend le Douglas. Est-ce du sang ? On conclue à l'hématocèle. Est-ce un liquide séreux, ou séro-hématique ? On conclue à une torsion annexielle.

Il est néanmoins des cas où la ponction ne tranche pas le diagnostic, c'est lorsqu'il s'agit soit d'hémorragie intrakystique abondante soit d'hématocèle par torsion de trompe saine (Regad).

Le second examen, la réaction de Friedmann-Brouha, faite dès le début des accidents donne une réaction positive s'il s'agit d'une grossesse extra-utérine. Elle ne fait évidemment courir aucun risque, si minime soit-il, à la malade; mais la réponse n'est obtenue que tardivement, au bout de 48 heures, à un moment où il serait parfois trop tard pour intervenir. De même, si la malade est vue trop tardivement, passé le 8^e jour, la réaction est négative même s'il s'agit d'une rupture de grossesse extra-utérine, et elle ne garde dès lors sa signification que si elle est positive.

Le signe de Brennemann: hyperleucocytose rapide avec polynucléose, dans les torsions annexielles ne nous paraît pas avoir l'importance que certains ont voulu lui accorder.

b) *L'Appendicite aiguë*: Quand la torsion siège à droite, et elle siège à droite dans 60 % des cas, (Caravan) le diagnostic de crise d'appendicite aiguë est fréquemment posé. Il semble au premier abord que le toucher permettant de constater l'existence d'une masse pelvienne doive éliminer d'emblée ce diagnostic, encore faut-il que le toucher ait été fait par le médecin. Mais chez certaines femmes indociles qui se contractent à la moindre douleur, le doute est parfois permis.

« Ce qu'il importe de savoir, dit Mondor, c'est de savoir reconnaître dès l'ouverture d'un ventre que l'appendice même enflammé n'est pas le seul responsable des signes observés... le chirurgien doit résolument chercher ailleurs l'explication de la tuméfaction pelvienne, des douleurs... etc... »

Quant à l'intérétation existant entre l'appendicite aiguë et la torsion des annexes droites, des opinions contradictoires sont venues tour à tour l'affirmer ou la nier.

c) *L'Occlusion intestinale*: La question se pose parfois lorsque les signes de paralysie intestinale réflexe passent au premier plan. Ce qui rapproche les deux syndromes c'est leur pathogénie mécanique et leur origine non infectieuse. Ce seront moins les signes fonctionnels et généraux qui sont ceux de tous les volvulus, que le siège exact du météorisme, la périodicité des crises douloureuses, le syndrome de Kœnig. Chez une femme jeune il y a peu de cause d'erreur, car la constatation d'une masse pelvienne ne sera qu'exceptionnellement en rapport avec une tumeur du tube digestif.

d) *Les autres diagnostics*: Nous n'énumérerons pas ici tous les syndromes qui entrent dans le groupe des «abdomens aigus». Mais nous nous bornerons à remarquer que nous avons relevé un certain nombre d'infarctus mésentériques où le diagnostic de torsion annexielle avait été posé.

e) *Les formes avec lésions associées*: Il peut s'agir de lésions pré-existantes du côté opposé, cas particulièrement fréquent dans les salpingites kystiques. L'observation n° 1 nous apporte un cas dans lequel en dehors de la torsion existait du côté opposé un kyste folliculaire enclavé dans le Douglas. Le diagnostic devient alors impossible.

Parfois c'est la coexistence d'accidents mécaniques et infectieux qui compliquent le tableau: appendicite et torsion associées, salpinx réchauffé par une torsion. L'existence de phénomènes infectieux fait en général porter le diagnostic de salpingite aiguë suppurée, de pelvi-péritonite, de suppuration de kyste de l'ovaire.

II. — LE DIAGNOSTIC DES LÉSIONS ANATOMIQUES

Au point de vue clinique une première question se pose : la torsion intéresse-t-elle un kyste de l'ovaire ou une masse annexielle kystique ? C'est un diagnostic très difficile, surtout si l'on voit la malade pour la première fois au cours de la complication. « Mais, affirme Mondor, le diagnostic différentiel n'est pas d'une difficulté telle que l'on doive le considérer comme théorique. Il doit au contraire entrer dans les controverses de la gynécologie chirurgicale courante. »

Seul le toucher peut assez souvent faire le diagnostic.

« Une tumeur parfaitement ronde, sphérique, très volumineuse, presque médiane est un kyste ». Le cas n° 2 répondait assez à cette affirmation de Hartmann.

« Une tumeur ovoïde, d'aspect bilobé, latéro ou rétro-utérine, c'est une trompe ». (Hartmann).

L'observation n° 1 répondait à cette description, mais les lésions des annexes du côté opposé gênaient une appréciation exacte.

L'inventaire exact des lésions n'est en général fait qu'à l'ouverture du ventre. S'il s'agit d'un kyste de l'ovaire typique, le diagnostic des lésions est facile ; mais s'il s'agit d'une torsion annexielle, il est souvent difficile de dire si la torsion a porté sur une trompe saine ou sur une trompe kystique. L'hémorragie intra-péritonéale, la liberté des franges du pavillon sont en faveur de la torsion de la trompe saine (Trolle), mais pour Auvray « on ne peut, quelles que soient les présomptions fournies par l'âge, les antécédents, l'aspect macroscopique de la lésion et de l'appareil utéro-annexiel, affirmer l'intégrité de la trompe tordue si l'on n'a pas le critérium de l'examen histologique ».

Au contraire des lésions bilatérales (Senty, Vernie, Chastenet de Géry) sont en faveur de l'origine inflammatoire. L'orifice tubaire est fermé. L'examen anatomo-pathologique montre des signes d'inflammation pariétale.

Avant d'en finir avec le point de vue clinique nous voulons signaler les cas de torsion latente, où la découverte d'une torsion annexielle est une surprise d'intervention. Il y a eu autrefois un épisode douloureux, parfois il manque, et depuis, plus de signes. Il faut admettre qu'une adaptation de régime circulatoire a momentanément supprimé la symptomatologie. Il faut rapprocher de ces deux cas, ceux où l'on intervient pour des signes de torsion très nets et où l'intervention, au lieu de montrer des lésions récentes, montre des signes de torsion ancienne. Il y a vraisemblablement dans ces cas aggravation de la déficience circulatoire, hyperhémie ou thrombose, ou réaction péritonéale péri-kystique (Forgue).

TROISIEME PARTIE

Le Problème Pathogénique

Nous n'avons nullement l'intention de revenir sur des questions mille fois étudiées.

La pathogénie des torsions elles-mêmes, reste du domaine de l'hypothèse et le restera tant que l'expérimentation ne viendra pas apporter au problème des bases consistantes.

La pathogénie des lésions qui surviennent sur les annexes tordues est par contre une question où l'hypothèse a cédé la place à l'expérimentation. Le problème a été ainsi progressivement élucidé, nous n'y reviendrons pas.

Nous nous proposons au contraire d'étudier deux points particuliers qui nous ont frappé dans nos observations, ce sont :

Premièrement : le retard des règles.

Deuxièmement : les modifications subies par les organes génitaux, utérus et ovaires, en dehors des annexes tordues.

A) LE RETARD DES RÈGLES

Dans l'observation n° 1, les règles surviennent le 17 octobre 1937, et la crise se produit le 2 décembre 1937. Il y avait donc au moment de la crise une aménorrhée qui durait depuis 46 jours, soit un retard de règles de 18 jours chez cette femme qui était réglée tous les 28 jours.

L'opération, pratiquée 6 jours après, se trouvait donc précéder la date des règles à venir, de 4 jours seulement.

Dans l'observation n° 2, les règles surviennent le 16 novembre 1937, et la crise se produit le 29 décembre 1937: il y avait donc, à ce moment là, une aménorrhée qui durait depuis 43 jours, soit un retard de règles de 15 jours, chez cette femme qui était réglée tous les 28 jours.

L'opération, pratiquée 7 jours après, se trouvait donc située 6 jours avant les règles à venir.

En somme, dans les deux cas, retard de règles comparable, opération pratiquée sensiblement à la même date par rapport au cycle menstruel suivant. Cette deuxième notion est importante, car elle explique peut-être, en partie, les congestions utéro-annexielles; nous y reviendrons.

Quelle est l'origine de cette aménorrhée ?

Devant toute aménorrhée secondaire chez la femme on pense toujours à la gravidité, partant à l'arrêt de l'ovulation.

a) ARRÊT DE L'OVULATION ?

Dans l'arrêt de l'ovulation, deux processus principaux peuvent être incriminés: un processus sympathique, et un processus hormonal.

1°) *Origine Sympathique:*

L'innervation végétative de l'ovaire est autonome (Hovelacque et Segond), sans rapports de voisinage avec le sympathique utérin et pelvien; elle dépend des groupes ganglionnaires préviscéraux, aortico-rénaux et inter-mésentériques par le plexus spermatique (Delmas et Laux).

Certains auteurs, L. Mavromati en particulier, ont prouvé que, chez la rate, l'excitation du sympathique ovarien arrêta le cycle œstral; rapprochant ces expériences de ses constatations cliniques, Cotte a supposé que nombre d'aménorrhées, dites réflexes, chez la femme, étaient dues également à des troubles sympathiques d'origine générale ou locale influençant l'ovulation. « Le choc nerveux, dit-il, soit par un effet purement nerveux, soit par un effet vaso-moteur, détermine dans le parenchyme ovarien une perturbation telle que l'ovulation se trouve compromise pour un certain temps, d'où arrêt de la menstruation ».

Les traumatismes produits au niveau du ligament lombo-ovarien, par lequel passe le plexus spermatique, sous l'influence de la torsion, sont-ils susceptibles d'expliquer cette inhibition ovarienne et partant cette aménorrhée ?

Nous ne nous dissimulons pas ce que cette hypothèse a de fallacieux puisque l'aménorrhée est la première en date et que la torsion ne paraît que secondaire. Mais nous nous permettrons d'insister sur des travaux récents qui accordent une grande importance aux torsions frustes précédant la torsion complète.

Il est vraisemblable que ces torsions momentanées sont fréquentes et que l'on ne voit guère en clinique que des

torsions qui ne se détordent pas, ou que les torsions au moment où elles se compliquent de phénomènes de thrombose, de stase, d'hémorragie intrakystique.

Dans l'observation n° 1, cette supposition acquiert une certaine vraisemblance, en raison des petits signes de réaction péritonéale qui ont précédé la crise aiguë, notamment les vomissements, les douleurs dans les membres inférieurs.

Si ces suppositions étaient vérifiées on pourrait admettre que, dans certains cas, l'aménorrhée pourrait être un signe prémonitoire, un signe de torsion fruste.

2°) *Origine hormonale:*

Cet arrêt de l'ovulation était-il d'origine hormonale ? Un processus comparable à celui qui intervient dans la gravidité pouvait-il jouer dans ces deux cas ?

Dans l'observation n° 1, l'existence d'un kyste folliculaire rend paradoxale cette aménorrhée, puisque dans la majorité des cas les kystes folliculaires sont la cause des hémorragies et de métrorragies, par l'état de prolifération muqueuse et de congestion utérine qu'entretient l'hyperfolliculinémie (Siebke, Frank, Goldstein).

Mais il existe des cas indiscutables d'aménorrhées par hyper-folliculinémie (Sainton et A. Brouha). « Ce sont les cas, disent-ils, où les variations périodiques de la folliculine, en rapport avec le cyclé menstruel, cessent de se produire et où celle-ci se trouve en excès dans le sang circulant ». Il est donc possible que le kyste folliculaire présenté par la malade de l'observation n° 1, soit à l'origine de cette aménorrhée.

Pour l'observation n° 2, l'ovaire droit, le seul qui puisse être en cause, puisque le gauche est détruit par un kyste mucoïde, présente un processus d'ovarite scléro-kystique. La pathogénie précédente lui est sans doute applicable pour des raisons identiques; il est en effet assez curieux de retrouver chez deux femmes qui ont présenté dans les mêmes conditions, un retard de règles, des formations kystiques ou micro-kystiques du côté opposé à la torsion.

Récemment Brouha et Simmonnet revenant sur la physiologie de la menstruation, accordent une importance au « principe d'ovulation » (Collin) qui serait d'origine hypophysaire. Pour eux nombre d'aménorrhées subites seraient d'origine hypophysaire: un déséquilibre dans le balancement hypophyso-ovarien, empêchant la libération de ce facteur d'ovulation.

Nous venons d'essayer d'établir une pathogénie ovarienne de cette aménorrhée, mais, cette dernière ne peut-elle pas se produire indépendamment du fonctionnement ovarien ?

b) ORIGINE UTÉRINE ?

Sans doute l'utérus est bien en cause dans les aménorrhées d'origine ovarienne, mais il n'intervient alors que comme intermédiaire. Ne peut-il pas être lui-même directement à l'origine de ces manifestations ?

Dans les aménorrhées survenant brusquement au milieu des règles, G. Cotte a invoqué le rôle d'une « syncope utérine » sorte de spasme vaso-moteur utérin qui par l'ischémie brutale qu'il provoque, arrête soudainement l'écoulement menstruel.

Il faut admettre que, dans ces cas, toute excitation du sympathique, localement ou à distance, est susceptible de

se répercuter sur la circulation utérine par l'intermédiaire du nerf présacré (Hovelacque et Segond) et des rameaux émanant du plexus hypogastrique.

Quelles seraient dans nos 2 observations les causes susceptibles d'être invoquées comme facteurs d'excitation sympathique ?

L'excitation mécanique produite par la torsion ? Mais il faut faire remarquer, ici, l'indépendance totale de l'innervation végétative des ovaires (plexus spermatique) et de l'utérus (nerfs présacrés, plexus hypogastrique). Récemment Laux a néanmoins décrit des filets réunissant fonctionnellement l'ovaire à l'utérus dans l'épaisseur du ligament large. Le réflexe sympathique, si réflexe il y a, ne pourrait se faire que beaucoup plus haut suivant la voie spermatique centripète passant par les ganglions pré-viscéraux des groupes aortico-rénal et inter-mésentérique (Delmas et Laux), et agissant enfin par voie centrifuge sur les nerfs présacrés par leur racine médiane issue du plexus ganglionné mésentérique inférieur.

La possibilité d'un semblable réflexe a été envisagée par de nombreux auteurs notamment dans les douleurs utérines parfois observées dans l'ovarite seléro-kystique (Michon et Quincieux).

Mais là encore, il faut supposer l'existence de torsions frustes agissant en tant qu'excitant du sympathique et provoquant l'aménorrhée. Nous nous sommes déjà expliqués sur leur possibilité.

Devant les difficultés que présentent toutes ces hypothèses on ne peut que constater l'extrême complexité du problème. Conclure à une simple coïncidence, enlève au symptôme toute sa valeur, mais laisse persister le problème de l'aménorrhée en général, problème d'autant plus ardu si l'on repousse systématiquement les causes que l'on peut logiquement lui imputer.

B) LE PROBLEME DES LESIONS ASSOCIEES

Au cours des deux interventions pratiquées chez nos malades nous avons constaté l'existence de lésions existant paradoxalement en dehors des lésions dues directement à la torsion.

Rappelons-les brièvement:

1) *Observation n° 1:*

Augmentation de volume de l'utérus « qui donne l'impression d'un utérus gravidé de 2 mois environ », très rouge, très congestionné.

Kyste de l'ovaire droit du volume d'un œuf de poule qui se révèle à l'examen histologique comme étant un volumineux kyste folliculaire, développé sur un ovaire atteint d'ovarite scléro-kystique.

— Hypertrophie et congestion tubaire.

2) *Observation n° 2:*

Trompe droite, du volume du pouce, rouge foncé, succulente, œdématiée.

— Ovaire augmenté de volume (5 c/m. sur 7 c/m) paraissant kystique, quoique sa consistance soit molle. Le fragment prélevé présente un processus d'ovarite scléro-kystique avec dilatation importante des capillaires et œdème inflammatoire des tissus interstitiels.

Nous avons recherché et parcouru un grand nombre d'observations portant sur des syndromes cliniques analogues. Très souvent les annexes du côté opposé à la torsion sont malades, mais elles ne présentent guère que des lésions banales, expliquées par la bilatéralité fréquente des atteintes annexielles. Nous n'avons retrouvé aucun cas où les lésions aient atteint cette intensité, ce caractère aigu.

1°) *Anatomiquement* de quel ordre de lésions s'agit-il ?

a) *Lésions inflammatoires ?*

Non vraisemblablement: l'absence de fièvre, l'aspect plus congestif, plus œdémateux qu'infectieux que présentaient les lésions utéro-annexielles, leur rétrocession spontanée, après l'intervention portant sur l'autre côté, sans douleur ni fièvre, tout s'oppose à l'idée d'une origine inflammatoire.

b) *Lésions vaso-motrices ?*

Oui: Il ne s'agit pas de lésions circulatoires graves, thrombose artérielle, phlébite pelvienne localisée, mais de troubles capillaires, certainement sous la dépendance de perturbations vaso-motrices. Cette congestion utérine avec augmentation du volume qui regresse spontanément, cette congestion avec augmentation de volume de la trompe, où l'examen histologique répond: congestion et dilatation des capillaires, œdème interstitiel, nous fait plutôt penser au groupe des apoplexies viscérales, qui sous l'impulsion de Grégoire et Couvelaire, de Laporte et Pham, retrouve un renouveau étonnant. En effet la description de formes œdémateuses comme manifestation de début d'une apoplexie plus grave et moins fréquente, ressort de plus en

plus des recherches faites par ces auteurs et constatées maintes fois par les chirurgiens du monde entier.

« Ce nouveau chapitre de pathologie générale » (Grégoire) englobe des manifestations en apparence aussi différentes que la pancréatite hémorragique, l'infarctus intestinal sans lésions vasculaires, l'apoplexie utéro-placentaire et l'apoplexie cérébrale ou pulmonaire.

2°) *Pathogénie:*

Partant de l'apoplexie utérine, Grégoire et Couvelaire dans leur ouvrage sur les « apoplexies viscérales », s'expriment ainsi: « C'est donc un trouble intense du système vasculaire utéro-ovarien... Ainsi donc, en agissant par la voie neuro-végétative qui tient sous sa dépendance le jeu fonctionnel des vaisseaux, en agissant par la voie humorale à la manière d'un choc d'intolérance, on peut réaliser l'apoplexie viscérale ».

C'est à ce double point de vue, réflexe et humoral que nous envisagerons successivement le problème.

a) *Théorie du choc d'intolérance*

Le choc d'intolérance suppose après sensibilisation, l'arrivée d'une cause déchaînante.

1°) *Sensibilisation, Terrain:* deux notions inséparables l'une de l'autre.

Chez nos deux malades, pas de lésions héréditaires particulières. Mais nous retrouvons diverses causes susceptibles de modifier d'abord le terrain puis de créer la sensibilisation.

Parlant de l'apoplexie utéro-placentaire, R. Couvelaire écrit: « Il est curieux d'établir un rapprochement entre

ces faits et ceux cliniquement relatés où l'apoplexie utérine fut découverte, qui n'étaient sûrement pas en relation avec l'état de gestation, mais où la structure de l'ovaire pouvait laisser présumer son dysfonctionnement ». Nous retrouvons dans nos observations cette ovarite scléro-kystique dont parle l'auteur et qui serait pour lui une cause de sensibilisation. Du reste des lésions comparables ont été provoquées expérimentalement par l'injection de folliculine à haute dose, après sensibilisation par injection préparante de lobe antérieur d'hypophyse. Un état de déséquilibre humoral peut donc être créé, par un dysfonctionnement endocrinien.

La stase intestinale chronique, observée chez nos deux malades, par la dissémination de toxine coli-bacillaire neurotrope, peut également créer cet état d'instabilité humorale. (Schwartzman). Du reste l'expérimentation avec des toxines de colibacille, en suivant la technique type de Schwartzman, a permis de l'établir sans discussion, au laboratoire.

2°) *Le choc proprement dit*: Sur ce terrain l'apport d'une substance exogène, une substance protéïde surtout, va déclencher une perturbation humorale brusque, le choc colloïdo-clasique de Widal.

Chez nos malades, comme facteur déclanchant, on peut invoquer la libération de substances déchaînantes par la masse kystique tordue.

En effet, si l'on considère les transformations subies par les liquides contenus dans le kyste ou dans l'hydrosalpinx l'on est en droit de supposer que des résorptions se font à son niveau, entraînant dans la circulation générale des albumines devenues exogènes ou des produits toxiques. Ceux-ci vont alors déclencher le choc.

Pour Lumière, ce choc humoral va produire une floculation du plasma et c'est ce flocculat qui lui-même produit les manifestations cliniques. Tous les autres phénomènes humoraux, contemporains du choc, s'effacent devant l'importance de cette notion. « Le flocculat va agir directement sur le sympathique qui court le long des vaisseaux. C'est par son intermédiaire que des phénomènes de choc protoplasmique se produisent secondairement, d'où les manifestations locales ». (Drouet).

Le rôle du système neuro-végétatif devient prépondérant dans l'anaphylaxie, puisque l'apport de substance réactogène, directement au contact du sympathique, produit les mêmes symptômes. (Reilly).

Mais comment expliquer la localisation de ce « choc protoplasmique » sur les annexes droites et sur l'utérus ? Ici comme ailleurs une lésion locale sert d'épine localisatrice. Peut-être l'ovarite scléro-kystique, la salpingite chronique, présentées par ces malades, ont agi ainsi, par les régions de moindre résistance qu'elles représentent.

Ainsi se trouverait réalisé, à la faveur de phénomènes anaphylactiques, un état mineur d'apoplexie viscérale dont l'origine serait la torsion annexielle.

b) *Théorie du réflexe Neuro-Végétatif*

L'importance primordiale du système neuro-végétatif dans ces manifestations anaphylactiques a incité de nombreux auteurs à réaliser des phénomènes semblables en se libérant du facteur humoral qui semblait prédominant à l'origine. Le succès de ces recherches a permis d'établir la notion nouvelle du choc anaphylactoïde qui, quoique présentant une grande parenté avec le choc anaphylactique, s'en écarte, tout de même, par la nature différente des causes qui le provoquent.

Lumière s'exprime ainsi: « Le choc anaphylactique provoque une irritation du système neuro-végétatif que beaucoup d'autres mécanismes peuvent aussi déclancher: ce sont les chocs anaphylactoïdes ».

« Ce qui importe c'est l'atteinte directe ou indirecte du système neuro-végétatif ». (Friedmann).

1°) *Les causes*: Cette atteinte peut-être d'origine traumatique ou d'origine toxique.

— *L'origine traumatique* est invocable dans nos deux cas. On peut, à juste droit, supposer que la torsion, par le traumatisme du ligament lombo-ovarien et des filets nerveux qui en émanent, va exciter les fibres sympathiques qu'il contient et qui constituent le plexus spermatique ou utéro-ovarien.

— *L'origine toxique* est également invocable; elle se rapproche beaucoup de la théorie anaphylactique, mais ici la résorption toxique, au niveau des annexes exclues par la torsion, n'agit pas en provoquant un choc colloïdo-clasique mais par atteinte toxique directe du système neuro-végétatif.

— Une atteinte endocrine sympathique peut être réalisée par un processus comparable, la substance toxique étant alors remplacée par une sécrétion hormonale anormale. Il y aurait donc, par un processus pathogénique comparable à celui dont parle Stapfer dans l'explication de ses « vagues utéro-annexielles », apparition de phénomènes pathologiques en rapport avec la torsion annexielle; le sympathique étant, ici aussi, à l'origine de cette congestion qui crée une augmentation de volume de l'utérus.

2°) *Les voies des réflexes*: Nous avons vu les voies centripètes nerveuses, pour une cause traumatique, humorale ou toxique.

— Les *centres* des réflexes, cellules nerveuses sur lesquelles agissent probablement les substances toxiques et où arrivent les excitations mécaniques, sont vraisemblablement dans les groupes ganglionnaires préviscéraux qui constituent les plexus aortico-rénaux et inter-mésentérique (Delmas et Laux).

— Les *voies centrifuges* sont constituées:

1°) Pour les annexes du côté opposé, par le plexus utéro-ovarien ou spermatique du côté opposé qui contient des fibres centrifuges et des fibres centripètes.

2°) Pour l'utérus, par la racine médiane du nerf présacré, issue des ganglions inter-mésentériques et aortico-mésentériques inférieurs.

Le nerf présacré contient en effet des fibres centrifuges (Leriche et Stricker) et sert à la régulation vasomotrice des viscères pelviens, l'utérus en premier lieu. Mais, pour certains auteurs, cette excitation du bout périphérique serait inefficace et la vaso-dilatation ne se produirait que sous la double influence d'une inhibition du nerf présacré et d'une excitation des nerfs érecteurs. Quelle qu'en soit la pathogénie, le rôle du nerf présacré dans la vascularisation de l'utérus est admise par la plupart des auteurs et c'est en agissant sur lui que Laporte et Pham ont réalisé les apoplexies utérines expérimentales les plus typiques.

On voit la possibilité d'une pathogénie sympathique à l'origine de ces troubles vaso-moteurs.

Arrêt de menstruation et troubles vaso-moteurs ont-ils la même origine ? Vraisemblablement non, car les lésions vaso-motrices paraissaient récentes alors que l'aménorrhée datait d'un mois et demi. Choc d'intolérance dans le premier cas, dysfonctionnement hormonal dans le second ? Peut-être.

De cet ensemble de faits rien de décisif ne se dégage. Mais leur existence pose une fois de plus le problème du rôle du sympathique en pathologie. La complexité des explications ne leur enlève pas leur intérêt, elle montre simplement qu'il y a vraisemblablement plusieurs processus en jeu et que leur intrication complique le problème.

CONCLUSIONS

L'ensemble de nos recherches nous amène à une double conclusion.

Au point de vue clinique il est souvent difficile de porter le diagnostic de torsion annexielle lorsque le syndrome n'est pas typique. Une aménorrhée précédant l'apparition des signes cardinaux réalise presque parfaitement le tableau de la grossesse extra-utérine. Deux réactions peuvent alors aider au diagnostic : d'une part la recherche de la prolanurie par la méthode de Friedmann-Brouha, d'autre part la ponction du Douglas.

Quand à savoir, avant l'intervention, s'il s'agit d'une torsion de salpinx kystique ou de kyste de l'ovaire, cela nous paraît exceptionnel, malgré les signes proposés par Hartmann.

Au point de vue pathogénique les lésions du côté opposé à la torsion posent un problème intéressant. Il semble qu'on puisse les rapprocher des apoplexies d'origine sympathique, problème d'actualité que de nombreux auteurs signalent depuis peu.

BIBLIOGRAPHIE

- ARON MAX. — Histologie et Physiologie de l'Ovaire. 3^e Congrès Français de Gynécologie. *Gynécologie et Obstétrique*. Avril 1934, p. 295.
- BEAU. — Les Intéractions utéro-ovariennes. *Revue Française d'Endocrinologie*. Décembre 1933.
- CAMELOT. — Métrorragie et kyste de l'ovaire. *Journal des Sciences médicales de Lille*, 1904, n° 10.
- CARAVEN. — A propos des Torsions de la Trompe saine. *Picardie médicale*, 6-10-1928.
- CASTANO. — Varicocèle pelvien et ovarite scléro-kystique. *Etiologie, Pathogénie, Gynécologie et Obstétrique*, t. XXX, n° 1, p. 62.
- COTTE G. — Troubles fonctionnels de l'appareil génital de la Femme. *Masson*, 1927.
- DAHL-IVERSEN et H. JØRGENSEN. — Traitement de l'hyperplasie glandulaire kystique par l'hormone gonadotrope. *Lyon chirurgical*, 1937, p. 659.
- DELMAS et LAUX. — Anatomie médico-chirurgicale du système nerveux végétatif.
- DIEULAFÉ. — Vascularisation de l'appareil génital de la femme. *Technique chirurgicale* 1936, p. 47.

DROUET G. — *Journal de Médecine de Paris*, 10 août 1921, p. 639.

FORGUE et MASSABUAU. — *Traité de Gynécologie*.

FRIEDMANN E. — Le rôle du système nerveux végétatif dans les réactions d'hypersensibilité. *Thèse Paris*, 1936.

FRUHINGSHOLTZ. — Spasmes vasculaires en pathologie obstétricale. *Paris Médical*, 19 décembre 1936, p. 481.

GISÈLE GELLÉ. — Torsion de la trompe saine. *Thèse Lille*, 1928.

GRATIO et LINZ. — *Société de Biologie*, T. C. VI, 1931, p. 1290; T. C. VII, 1931, p. 234 et 423.

GRÉGOIRE et COUVELAIRE. — Les apoplexies viscérales. In-8, *Masson*, 1937.

LUTROZZI. — Nuevo procedimiento qui surgice para el Tratamiento de la ovaritis escleroquistica. *Gynécologie et Obstetrique*, 1933. Tome II, p. 91.

LAPORTE et PHAM. — Recherches expérimentales sur les apoplexies par choc. *Bulletin de la Société de Gynécologie et d'Obstetrique*, 1935, p. 427.

LEJARS. — *Chirurgie d'urgence*. *Masson*, 1937.

LERICHE et STUCKER. — Recherches expérimentales sur le nerf présacré. *Bulletin et Mémoire de la Société de Chirurgie de Paris*, 1927, n° 19, p. 880.

MAES. — Torsion de la trompe saine. *Picardie Médicale*, 1937.

NAVROMATI L. — Influence du système neuro-végétatif sur le cycle oestral. *Soc. de Biol.*, 1932, T. CXI, n° 30.

- MICHON. — Sur 20 opérations sur le sympathique pelvien de la femme. *Lyon Chir.*, 1926, p. 458.
- MICHON et QUINCIEUX. — Contribution à l'étude du sympathique sur le régime circulatoire de l'utérus. *Lyon Chir.*, 1926, p. 549.
- MINAMIKAWA. — Experimental investigation of the effect of nervous system on the fonction of the génital organ. *Gynec. et Obst.*, 1934, II.
- MONDOR. — Diagnostics urgents de l'abdomen. *Masson*.
- PETIT-DUTAILLIS. — Troubles fonctionnels et dystrophie en gynécologie. *Masson*, 8.
- REGAD. — Torsion des trompes uterines. *Thèse Paris*, 1933. *Gazette des Hôpitaux*, 1933, p. 515.
- REEB. — Aménorrhée avec signe de pseudo-grossesse par kyste lutéinique. *Bull. Soc. Gynécol. et Obst.* 1933, p. 244.
- SAINTON-BROUHA. — Endocrinologie. *Masson*, 1936.
- SCHWARTZMANN. — *Journal de Médecine expérimentale*. T. XLVIII, 1928, p. 247. T. I, 1929, p. 313.
- SÉNÈQUE. — *Diagnostics chirurgicaux*. Tome III, p. 867.
- STAPFER. — Les vagues utéro-annexielles. *L'œuvre médico-chirurgicale*, n° 69.
- VIGNES. — Physiologie gynécologique et Médecine des femmes. *Masson*, 1929.

En ma qualité de censeur de tour,
j'ai lu la thèse ayant pour titre :

A propos de la Torsion
des Annexes Kystiques

par M. Paul GALABRU

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier le 23 Mars 1938

Le Professeur :

LAPEYRE

Vu :

Montpellier, le 22 Mars 1938

Le Doyen :

EUZIERE

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier le 25 Mars 1938

Le Recteur :

PARISELLE

Serment

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
